

Sehr geehrte(r) Patient(in)!

Herzlich willkommen in unserer urologischen Praxis. Da sie heute zum ersten Mal bei uns sind, bitten wir sie, zur Verbesserung der Behandlung, die nachfolgenden Angaben weitestgehend auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Herr/Frau/Kind

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Nr. Tel: priv./tagsüber

PLZ Ort Hausarzt

Weitere Daten:

Beruf Größe / Gewicht

Einverständniserklärung:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben (DSGVO), um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen, Überweisungen) oder anfordern.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen sie ihr Einverständnis zur Datenerhebung.

Datum Unterschrift

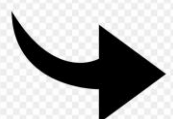
Grund der heutigen Vorstellung:

- Nierenschmerzen ☐
- Koliken ☐
- Blasenbeschwerden ☐
- Inkontinenz ☐
- Blutiger Urin ☐
- Prostataleiden ☐
- Sexuelle Störung ☐
- Krebsvorsorge ☐
- Proktologie ☐
- Tumorleiden ☐
- Sonstiges _____ ☐

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Seit ____ Tagen/____ Wochen

Bitte zweite Seite beachten



Bekannte Vorerkrankungen

Blasenentzündung ☐
Nierenbeckenentzündung ☐
Nierensteine ☐
Blasensteine ☐
Gallenblasensteine ☐
Hodenentzündung ☐
Krebs ☐
Hämorrhoiden ☐
Bluthochdruck ☐
Herzinfarkt ☐
Diabetes mellitus ☐
Asthma bronchiale ☐
Sonstiges ☐

Weiter Befunde:

Welche Medikamente nehmen sie derzeit ein? (Medikamentenplan)

Haben sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?

NEIN ☐

JA ☐

Wenn ja gegen welche?

Letzte Periode.....(Jahr)

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft

ja ☐ nein ☐

Sehen Sie Blutauflagerungen auf dem Stuhl?

NEIN ☐

JA ☐

Haben Sie Stuhlunregelmäßigkeiten (Durchfall/Verstopfung/Inkontinenz)?

NEIN ☐

JA ☐

Urologische Anamnese:

Wie viel Liter trinken Sie ungefähr in 24 Stunden (Tag und Nacht)?

ca. _____Liter

Wie häufig müssen Sie dann etwa Wasserlassen?

tagsüber ____mal / nachts ____mal

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?

NEIN ☐

JA ☐

Wie ist Ihr Harnstrahl?

(bitte unterstreichen):

normal / mäßig abgeschwächt / stotternd / tröpfchenweise / muss pressen

Besteht bei Ihnen ein unfreiwilliger Urinverlust?

NEIN ☐

JA ☐

Wenn ja bei welcher Gelegenheit? (bitte unterstreichen)

Schwer heben / Sport / Springen / Husten o. Niesen / Lachen / Treppensteigen / normal Laufen / im Liegen.

Verspüren Sie dabei einen vermehrten Harndrang?

NEIN ☐

JA ☐

Tragen Sie Einlagen?

NEIN ☐

JA ☐

Wenn ja wie viel benötigen sie pro Tag? ____Stück.

Haben Sie jetzt oder hatten Sie früher gehäuft Harnwegsinfektionen?

NEIN ☐

JA ☐

Datum Unterschrift